

扶養削除時  
 退職時

健康保険被保険者証滅失(紛失)届

受付印

2020.4 改

健保 使用 欄	事務長・室長	主 務	係 員

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険 被保険者証	記号 1	番号 123456	被保険者氏名 健保 太朗	印
	従業員番号	1234567		被保険者 生年月日	昭和・平成 50年 1月 1日
	資格取得日	昭平令 17年 4月 1日		退 職 日 (退職時のみ記入)	令和 年 月 日
	現 住 所	〒 448 - 〇〇〇〇 Tel ( 0566 ) 〇〇 - 〇〇〇〇 刈谷市 〇〇町 〇丁目 〇番地			

<経路>  
退 扶  
職 養  
時 削  
除  
時

被  
保  
険  
者  
↓  
書  
記  
(  
株  
デン  
ソ  
ー  
ウ  
ェ  
ル  
、  
各  
製  
作  
所  
人  
事  
(  
株  
デン  
ソ  
ー  
以  
外  
は  
事  
業  
主  
)  
↓  
健  
康  
保  
険  
組  
合  
以  
外  
は  
事  
業  
主  
)  
↓  
健  
康  
保  
険  
組  
合

滅 失 届	減 失 者	氏 名	健保 花子	続柄	妻	証の種類	健康保険証・高齡受給者証
		氏 名		続柄		証の種類	健康保険証・高齡受給者証
		氏 名		続柄		証の種類	健康保険証・高齡受給者証
		氏 名		続柄		証の種類	健康保険証・高齡受給者証
		氏 名		続柄		証の種類	健康保険証・高齡受給者証
	事 由	1. 管理不十分により紛失したため 2. その他 ( )					
念 書	健康保険被保険者証を紛失し、再三心当たりをさがしましたが見当たらず、深くお詫び申し上げます。 今後、このようなことのないよう十分注意するとともに、紛失した健康保険被保険者証を発見したときは、直ちに返納致します。 なお、今回紛失した被保険者証が使用されたことによって発生する一切の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。 令和 2年 5月 6日 被保険者氏名 健保 太朗 印						

デンソー健康保険組合 理事長 殿

上記の届出について、相違ないことを証明します。

所在地 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地

名称 株式会社〇〇〇〇

事業主 〇〇 〇〇

印

<お問い合わせ先>

デンソー健康保険組合 1室総務G

電話:0566-25-3121 内線 549-213,212,202

FAX :0566-24-6301 内線 549-921

個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧ください。